

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René-Joseph DIEULOT

Né le 11 juillet 1903 à Château-Thierry

TRAITEMENT PRÉCOCE

DES

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

DU GENOU

PAR LA PHÉNOPUNCTURE

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

91

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René-Joseph DIEULOT

Né le 11 juillet 1903 à Château-Thierry

TRAITEMENT PRÉCOCE

DES

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

DU GENOU

PAR LA PHÉNOPUNCTURE

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LE PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZÉLOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERRER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNÈXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
AIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM,

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale;

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY. .E.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILHALLÉ.		Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FILS

A MA FEMME

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR E. PERDU

Chirurgien à Amiens

En témoignage de vive reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Professeur de Clinique chirurgicale infantile

*En le remerciant du grand hon-
neur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

un traitement sur lequel la raison fonde les plus grands espoirs, espoirs qui se trouvent réalisés sous forme de guérisons parfaites entre les mains heureuses du chirurgien qui applique correctement la méthode.

Qu'il me soit permis avant d'aborder ce sujet d'adresser un témoignage de vive reconnaissance et de parfait dévouement au Dr E. Perdu, chirurgien à Amiens, qui depuis le début de nos études n'a jamais cessé de nous témoigner une bienveillante amitié, nous a toujours soutenu et guidé de ses conseils et à qui nous devons encore aujourd'hui de pouvoir mener à bien ce travail qu'il nous a inspiré.

Nous tenons également à remercier le Dr Mencièrre de Reims, créateur de la phénopuncture, qui nous a fort aimablement communiqué et permis de reproduire ses travaux et clichés sur la question et nous a donné sur la conduite générale de notre sujet des directives dont nous avons tiré grand profit.

TRAITEMENT PRÉCOCE
DES
OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES
DU GENOU
PAR LA PHÉNOPUNCTURE

CHAPITRE PREMIER

A quelles lésions s'adresse
la phénopuncture précoce ?

C'est un truisme de tous les temps de dire, en matière de tuberculose surtout, qu'un traitement a d'autant plus d'efficacité qu'il est plus précocement appliqué.

Aussi lorsqu'on parle de traitement actif et précoce et qu'on le veut rationnel il est de tout intérêt de déterminer le plus exactement possible le lieu où débute les lésions primitives, ce qu'elles sont à l'origine et leur première façon de se manifester, afin de pouvoir plus sûrement les dépister, les diagnostiquer et les traiter avec le maximum de chances de guérison, avant leur dangereuse extension.

Combien y a-t-il de malades amputés pour tumeur blanche du genou qui, présentés plus tôt au traitement chirurgical, auraient bénéficié d'une résection ? Combien de réséqués qui, soignés dès les premières atteintes de leur mal par la phénopuncture, garderaient

aujourd'hui toutes les facultés d'utilisation de leur membre ?

Nous allons donc dans ce chapitre étudier brièvement où siègent les lésions primitives des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou, bornant notre étude à leur stade de début et essayant même de remonter le plus près possible de la source du mal et de ses premières manifestations puisque ce sont ces lésions que nous proposons d'influencer par la phénopuncture.

Or en matière d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, l'opinion presque unanime et maintenant classique est que le début par les os et en particulier par le fémur est le plus fréquent.

C'est l'opinion d'Ollier qui a trouvé 41 cas d'origine osseuse sur 69. De König qui a établi une statistique où nous trouvons 69 cas d'origine osseuse sur 118. Sur 69 résections faites à l'institut de Bologne on a trouvé des lésions d'origine osseuse 37 fois, des lésions prédominantes sur la synoviale 13 fois et des lésions mixtes 12 fois. Ces derniers faits ont été rapportés au trente-quatrième Congrès de Chirurgie à Paris en 1923 par P. Vignard de Lyon qui, discutant ces faits, dit : « Je ferai remarquer que l'expression lésions prédominantes sur la synoviale n'implique pas forcément que celle-ci ait été la première atteinte, une petite lésion osseuse peut provoquer une exhubérante végétation fongueuse sur la synoviale tandis que la proposition inverse peut difficilement être admise. »

De plus l'apparente intégrité du cartilage d'encroutement ne signifie pas grand'chose sinon que la syno-

viale a été contaminée non pas directement mais par la voie vasculaire ou par inoculation des culs-de-sac à leurs points d'insertion.

« On trouve au début dans ces épiphyses, dit Vignard, un tissu spongieux, sec, à larges aréoles s'écrasant facilement sous le doigt et donnant la sensation analogue à celle que procure du bois fortement cirronné, s'effritant à la moindre pression ou encore à de la mousse desséchée. »

Le Docteur Mencièr inoculant au cobaye le tissu spongieux des épiphyses a obtenu dans plusieurs cas des inoculations positives.

Notons aussi qu'on a pu produire expérimentalement des tuberculoses articulaires par l'injection de cultures bacillaires pures dans l'artère nourricière de l'os.

A la lumière des enseignements recueillis par nous à la clinique du Docteur Perdu à Amiens nous partageons pleinement l'opinion du début habituel de la tuberculose du genou par des foyers d'ostéite primitive tibiale ou fémorale.

Uniques ou multiples dans une même épiphyse, ces foyers sont le plus souvent fémoraux.

Nous avons remarqué qu'on retirait après taraudage de l'os au niveau de la lésion une matière d'un rouge grisâtre, malliée et comme émulsionnée de gouttelettes graisseuses, matière qui, écrasée sous le doigt, laisse l'impression de contenir une fine poussière d'os qui traduit sans doute un début d'altération osseuse.

Nous avons également remarqué que ces lésions

d'ostéite primitive étaient particulièrement fréquentes chez l'adolescent, puis chez l'enfant et assez rares chez l'adulte.

Sans doute la grande activité du cartilage conjugal a-t-elle une part importante de responsabilité dans la localisation électivement épiphysaire de l'infection bacillaire.

Nous voulons particulièrement insister sur la fréquence de ces lésions d'ostéite primitive chez l'adolescent et rapprocher ces faits de ces ostéites para-articulaires signalées par P. Fredet au 34^e Congrès de Chirurgie et étudiées par Gangolphe, Delore, Brunet et plus récemment par Bonnefous, Mlle Guyot et Mlle Chauveau dans leurs thèses.

Nous pensons que ces ostéites sont avant tout des ostéo-arthrites en puissance représentant peut-être une attaque moins virulente du bacille de Koch ou située à une trop grande distance de la synoviale pour pouvoir l'atteindre avant le stade d'ostéite confirmée.

Le docteur Perdu dans sa communication au 34^e Congrès de Chirurgie parlant de ces ostéites para-articulaires disait : « Il faudrait faire abstraction de tout esprit de synthèse pour ne pas voir qu'il n'y a là que des nuances de proximité de virulence. En réalité il s'agit d'ostéites primitives avec toutes les variations de siège et d'évolution ultérieure. »

A ce même Congrès, Froelich dans son essai de classification des tumeurs blanches disait : « La deuxième forme est plus importante. La tuberculose reste intra-osseuse et ne perfore jamais la synoviale.

« L'os s'épaissit quelque peu, aussi bien l'épiphyse fémorale que la tibiale, la capsule articulaire s'enflamme par voisinage, produit des synéchies et une ankylose progressive qui n'est jamais complète. Et c'est là l'inconvénient grave de ces formes bénignes osseuses de la tumeur blanche car la guérison complète ne survient jamais. »

Comment expliquer en outre ces rechutes des tumeurs blanches autrefois diagnostiquées et apparemment guéries par le traitement conservateur sinon par la présence au sein des épiphyses d'une ou plusieurs lésions latentes qui n'attendent qu'un léger traumatisme, une fatigue inaccoutumée pour se manifester à nouveau et reproduire la tumeur blanche disparue.

Ce sont ces lésions épiphysaires primitives et persistantes que la phénopuncture attaquera avec un succès d'autant plus grand qu'elles seront diagnostiquées plus précocement et avant toute atteinte de la synoviale.

CHAPITRE II

Diagnostic précoce.

Les lésions tuberculeuses initiales étant ainsi connues et localisées, il est de toute importance de les reconnaître assez tôt et avec une certitude suffisante pour leur appliquer le traitement par la phénopuncture.

Assez tôt, pour pouvoir les traiter dans leur enfance et leur faiblesse. Avec une certitude suffisante, pour ne pas appliquer un traitement inutile et ne jamais dépasser les limites du « primum non nocere ».

Cette question du diagnostic précoce est pour le chirurgien qui applique la méthode le point le plus important et le plus délicat. Il doit exactement connaître et éviter les deux écueils entre lesquels flotte son diagnostic : d'une part temporiser pour gagner la certitude mais perdre peut-être tout le bénéfice du traitement précoce, d'autre part se décider trop tôt à l'intervention, agir sur des données insuffisantes ou fausses.

Saisir le moment juste où le doute peut se transformer en certitude et à ce moment même agir sur les épiphyses atteintes, telles doivent être les conditions rationnelles d'emploi efficace de la méthode que nous exposons ici.

Le sens clinique du chirurgien autant et plus peut-être que la bonne technique d'intervention a ainsi sa large part dans la réussite du traitement.

Nous n'allons pas dans ce chapitre avoir la prétention de donner les règles qui permettront de déterminer le moment optimum d'intervention ; en médecine il n'y a rien d'absolu, il y a seulement des signes souvent fugaces ou très discrets et des données expérimentales dont la confrontation permet cependant et par induction l'établissement d'un diagnostic suffisamment ferme.

Nous n'avons pas hélas, de signe nouveau, d'expérience nouvelle ou de réaction à exposer qui nous donneraient rapidement et sûrement la clef du diagnostic.

Nous voulons simplement discuter la valeur de ces signes, signaler le danger d'une confiance trop excessive à leur accorder, bien examiner et raisonner ce problème du diagnostic précoce d'importance primordiale pour le malade et la conduite de son traitement.

Il y a malheureusement encore trop de malades qui se présentent au chirurgien au stade de tumeur blanche confirmée à une époque où l'envahissement de la synoviale ne fait plus aucun doute. Mais il ne faut pas croire que le type de malade à qui s'adresse la phénopuncture soit une rareté.

Nous ne sommes plus à une époque où l'on se néglige et où on ne consulte le médecin que quand l'impotence devient absolue. Un genou qui fait souffrir et gêne la marche amène rapidement le patient au

cabinet du médecin, plus rapidement qu'un coude ou un poignet qui fatiguent moins vite et sont moins gênants. La connaissance vulgaire affirme « qu'un mal au genou, c'est mauvais » et la clientèle sur laquelle porte notre petite expérience personnelle n'est pas la clientèle d'hôpital mais celle de la clinique régionale spécialisée.

C'est ce qui nous a permis de voir chez le Dr Perdu à Amiens plusieurs cas d'ostéo-arthrites au début se présentant avec le tableau clinique que nous allons décrire. La vieille pratique et l'expérience professionnelle de Perdu prétendent qu'il voit par an plus de cas voués à la phénopuncture qu'à la résection. Heureuses constatations dont tout le mérite revient sans doute au Progrès : Progrès social qui ouvre plus facilement à l'ouvrier la porte du cabinet du médecin, Progrès médical qui fait le médecin mieux averti et mieux armé.

Ces malades se présentent généralement au chirurgien pour se plaindre de gêne de la marche et de douleurs dans un genou.

Interrogés, ils déclarent que depuis quelque temps soit à la suite d'un traumatisme de violence variable soit sans aucun commémoratif et sans pouvoir fixer exactement la date de début, ils souffrent d'un genou et boitent légèrement, boiterie et douleurs qui disparaissent parfois sans cause appréciable mais semblent le plus souvent s'accroître après une marche un peu longue, une course, une station debout prolongée.

De plus, ces malades se plaignent de crises douloureuses particulièrement ressenties le soir, après les

fatigues de la journée et ayant une localisation variable selon les sujets : pourtour de la rotule, face antérieure du genou creux poplité et n'ayant guère de signification anatomique. La mobilisation du genou est au moment de ces crises très gênée par la douleur.

Le tout n'ayant pas un caractère constant, pouvant apparaître ou disparaître sans cause bien déterminée mais ayant cependant une tendance nette à l'accentuation progressive par poussées évoluant sur plusieurs semaines.

A ce stade, le genou atteint a le même aspect que son symétrique. A la palpation : pas d'empatement des culs-de-sac, pas d'hydrops, la synoviale est saine. Mais, et nous voulons beaucoup insister sur ce signe, la palpation méthodique des plateaux tibiaux et des condyles révèle une sensibilité bien localisée sur l'un d'eux. Le plus souvent sur un condyle fémoral la pression profonde réveille une douleur assez vive bien localisée en un point osseux qui n'est autre que le foyer d'ostéite primitive.

On a de plus en palpant profondément autour de ce point une sensation spéciale de consistance empâtée, spéroïde et comme légèrement soufflée.

Il est intéressant de rapprocher ce signe de celui décrit en ces termes par Vignard lorsque parlant des rechutes d'ostéo-arthrites du genou il disait : « Je ferai remarquer que si l'on a l'occasion d'observer un pareil ex-malade dans une phase de guérison au moins apparente, on constate presque toujours du gonflement des épiphyses surtout de l'épiphyse fémorale. Il n'est pas

rare de noter la persistance d'un ou plusieurs points douloureux à la pression un peu forte. »

L'augmentation des ganglions inguinaux fait rarement défaut. L'amyotrophie n'est pas notable mais on découvre souvent une certaine limitation des mouvements de flexion du genou qui semble en rapport avec les douleurs.

La température locale est fréquemment augmentée de quelques dixièmes de degré.

Des sueurs locales peuvent apparaître et s'étendre à tout le membre.

Voyons maintenant ce que nous donnent les clichés radiographiques :

A ce stade, avec la symptomatologie décrite plus haut les images ne sont pas affirmatives et le diagnostic fait, radio en mains, est une rareté.

Cependant un examen minutieux permet quelquefois de découvrir au niveau des épiphyses des pâleurs, des taches plus claires qui correspondraient à des zones de décalcification. Nous pensons qu'elles sont elles-mêmes sujettes à caution parce qu'on en trouve de semblables sur des clichés normaux. Il est vrai qu'elles occupent alors la partie toute externe des condyles dans des zones où les lignes de force font défaut et où la densité de calcification est bien moindre que le long des lignes axiales de l'os.

De même il est exceptionnel de découvrir à ce stade un aspect en coque entourée d'une zone plus sombre (Lésions en bordure de deuil de Menard) témoignant

un processus plus avancé de l'infection bacillaire avec réaction de limitation.

De toutes façons il faudra toujours faire un cliché bi-latéral, si on constate du côté atteint, une zone pâle paraissant décalcifiée et correspondant à une zone douloureuse à la pression, on pourra présumer d'une localisation bacillaire à cet endroit.

Mais le plus souvent la radiographie donnera peu de renseignements et la clinique devra conclure.

Les signes locaux ou généraux ne permettront pas de poser un diagnostic ferme à un premier examen. C'est pourquoi le chirurgien devra avant de se décider à l'intervention soumettre ses malades à une observation rationnelle et rigoureuse.

Perdu emploi la méthode suivante qui lui permet d'asseoir son diagnostic sur une série de véritables petites expérimentations :

Le malade présumé est, après relevé des symptômes présentés au premier examen, placé au repos absolu pendant une période de cinq à six semaines, puis remis en marche.

A ce moment dans la plupart des cas les symptômes ont disparu. On revoit le malade dans les semaines qui suivent et on note soigneusement la réapparition et l'aggravation des signes ; si en cas de doute des essais supplémentaires sont encore plus concluants on posera le diagnostic avec le maximum de sécurité et il y a les plus grandes chances pour que la thérapeutique ne s'applique pas à faux.

Voyons maintenant ce qu'est cette thérapeutique : la phénopuncture.

CHAPITRE III

Définition et historique.

La phénopuncture consiste à aller déposer au sein d'une épiphyse une petite quantité d'acide phénique à 9/10 qu'on laisse en contact quelques instants avec les tissus osseux et qu'on chasse ensuite par un abondant lavage à l'alcool pur.

Ce procédé a été imaginé par Mencièrre de Reims et dérive directement du procédé de phénolisation introduit d'Amérique en France il y a une trentaine d'années par Phelps.

C'est le docteur Sennéque Powel de New-York qui en 1898 fit entrer l'acide phénique dans la thérapeutique en découvrant que l'alcool était son antidote.

Au Congrès international de chirurgie de Paris en 1900, Phelps lut un rapport où il exposait sa méthode de phénolisation qui consiste à ouvrir une articulation tuberculeuse, à mettre en contact avec de l'acide phénique pur les tissus atteints et à laver ensuite abondamment à l'alcool.

Mencièrre reprit le procédé en lui faisant subir des modifications et réussit le 22 mars 1901 sa première phénolisation sur une tumeur blanche du genou (Mlle Marthe H...)

Il imaginait en même temps la phénopuncture selon la technique et avec l'instrumentation qui seront décrites plus loin et qui depuis n'ont pas changé.

Depuis cette date, Mencièrre a appliqué largement sa méthode, se servant soit de la phénolisation seule soit de la phénopuncture, soit des deux méthodes associées. Il a traité ainsi et continue à traiter un grand nombre d'ostéo arthrites tuberculeuses du genou, du coude, du poignet et de la hanche. Il a publié de nombreuses observations de cas de guérisons obtenues sur des ostéo-arthrites parvenues à un degré de gravité telle que parfois l'amputation semblait indiquée.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces cures qui étant obtenues sur des tumeurs blanches au deuxième et troisième degré sortent du cadre de ce travail mais qui sont cependant pour lui une solide assise, une base de départ de premier ordre.

En effet du fait que l'acide phénique a réussi sur des articulations bourrées de fongosités et sur des sujets déjà fortement imprégnés de toxines bacillaires, il est naturel de penser que ce même acide phénique aux propriétés bactéricides aussi intenses agira d'autant mieux sur un petit foyer d'ostéite primitive, en le stérilisant complètement.

C'est ce qu'a pensé, en 1905, le Docteur Perdu qui, depuis et chaque fois qu'il diagnostique un de ces points d'ostéite primitive épiphysaire, lui applique systématiquement le traitement par la phénopuncture.

Il emploie uniquement le procédé décrit par Mencièrre sous le nom de « Phénopuncture sous-cutanée » parce

qu'il intervient à un moment où l'ouverture de l'article n'est pas à envisager.

C'est ce procédé très simple que nous allons maintenant décrire.

CHAPITRE IV

Technique et instrumentation.

La technique que nous avons encore tout récemment employée avec le Dr Perdu utilise les instruments suivants :

I. — Une lancette, longue tige d'acier aplatie et large de 8 mm. taillée à l'une de ses extrémités en forme de pointe effilée et destinée à traverser les tissus mous d'un seul coup.

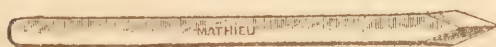


Fig. 1. — Lancette.

II. — Une mèche hélicoïde de 6 mm. de diamètre montée sur un manche très lourd et destinée à tarauder l'épiphyse.

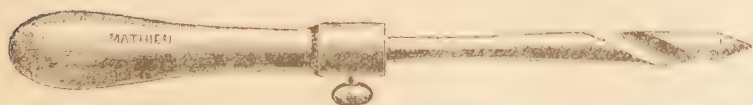


Fig. 2. — Mèche hélicoïde.

III. — Une petite curette en cuiller pour ramener au dehors les débris osseux.

IV. — Un tube protecteur en métal dont le diamètre inférieur est très légèrement moindre que celui de la mèche hélicoïde.

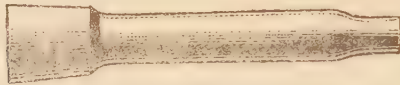


Fig. 3. — Protecteur.

V. — Une pipette métallique pour porter l'acide phénique au contact des tissus osseux.



Fig. 4. — Pipette métallique.

VI. — Un récipient haut et étroit contenant un mélange de :

{ Acide phénique pur.....	9 parties
{ Alcool pur.....	1 partie

(l'alcool étant uniquement destiné à solubiliser l'acide phénique).

VII. — Un petit entonnoir pouvant s'adapter sur la partie supérieure du tube protecteur.

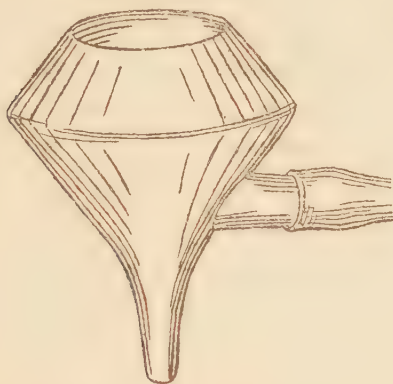


Fig. 5. — Entonnoir s'adaptant au protecteur.

VIII. — Un laveur contenant de l'alcool.

Telle est toute l'instrumentation spéciale nécessaire à l'intervention.

Voici maintenant les temps opératoires :

Le malade est sous l'anesthésie générale.

Le chirurgien a repéré au préalable, le point des téguments d'où il pourra le plus directement atteindre le foyer d'ostéite épiphysaire sans traverser les culs-de-sac synoviaux.

En ce point, par un mouvement de double bascule il fait pénétrer la lancette spéciale jusqu'au périoste qu'elle entame, traçant et frayant ainsi le chemin à la mèche hélicoïde.

Par cette plaie à bords nets mesurant à peine un cen-

timètre la mèche hélicoïde est enfoncée et va tarauder l'épiphyse sans contusions des parties molles, la mèche ayant à dessein un diamètre inférieur à la plaie faite par la lancette. Ce taraudage est rendu facile par le poids de l'instrument. Il est de plus disposé de telle façon que les débris osseux montent autour de l'hélice et soient attirés au dehors à mesure que la mèche pénètre.

Le taraudage terminé et la mèche enlevée, on introduit dans le tunnel osseux la petite curette en cuiller qui va ramener au dehors les derniers débris.

Après ces divers temps on a ainsi réalisé une plaie nette et non contuse des tissus mous prolongée dans son axe par une sorte de puits qui s'enfonce en plein centre de l'épiphyse.

On introduit alors par la plaie cutanée le protecteur dont l'extrémité inférieure va venir s'emboîter à force dans l'orifice osseux. Embottage qui doit être solidement obtenu par un léger coup de maillet et contrôlé par l'impossibilité de provoquer des mouvements de latéralité au protecteur.

Cet emboitage est nécessaire pour empêcher l'acide phénique de se répandre dans les tissus mous où il provoquerait des escharres ou des phénomènes d'intoxication générale.

Le protecteur solidement assujetti, l'opérateur prend à l'aide de la pipette métallique une petite quantité (1 à 2 centi-cubes) de la solution d'acide phénique à 9/10 dans le récipient qui la contient et va porter cet acide phénique à travers le protecteur surmonté du petit entonnoir dans le fond du puits osseux.

On laisse en contact une minute à une minute et demie, on enlève ensuite l'excès d'acide phénique à l'aide de petits cotons montés et on commence immédiatement avec le laveur un abondant lavage à l'alcool pur, lavage destiné à empêcher l'action prolongée et caustique de l'acide phénique.

Le lavage terminé on appliquera sur l'orifice de la plaie cutanée un pansement aseptique. Cette plaie va, du reste, se refermer très rapidement.

Après l'intervention le malade sera immobilisé au lit avec ou sans appareil pendant deux à trois mois.

Les seuls points délicats de la technique nous semblent être les suivants : Eviter de répandre la solution d'acide phénique sur la peau du malade ou dans les tissus (protecteur mal emboîté) par crainte d'escharres et d'intoxication. Eviter surtout au moment du taraudage de percer le cartilage d'encroûtement sous peine de faire pénétrer l'acide phénique dans la cavité articulaire même, ce qui y provoquerait une réaction intense pouvant amener l'ankylose partielle ou complète, ce que nous voulons éviter, d'après le principe même de la méthode.

CHAPITRE V

Mode d'action de l'acide phénique.

Phelps parlant de l'action de l'acide phénique disait :
« Je ne puis expliquer son action que par une théorie : l'acide phénique s'unit à l'albumine des tissus pour former un albuminate extrêmement antiseptique. Ce nouveau composé est absorbé par les lymphatiques et détruit les bacilles. »

Mencièrre tout en reconnaissant l'action bactéricide directe de l'acide phénique sur le bacille de Koch croit à une réaction d'irritation inflammatoire violente du tissu osseux au contact de l'acide phénique, réaction provoquant un appel énergique de phagocytes qui vont lutter contre l'infection bacillaire et substituer un élément inflammatoire franc à l'élément tuberculeux.

Il y a un fait mentionné par Phelps et souvent observé par Mencièrre qui semble en faveur de la théorie de ce dernier : C'est qu'après la phénolisation on note pendant les deux ou trois jours qui suivent l'intervention un rejet assez considérable de déchets et que la cicatrisation est ensuite rapidement obtenue avec prolifération intense de bourgeons charnus.

Sans contester l'opinion si séduisante de Phelps nous nous rapprochons plutôt des idées de Mencièrre en pen-

sant que l'acide phénique agit surtout en créant une réaction inflammatoire violente par cautérisation profonde et nous comparerons son action à celle de l'ignipuncture.

Quelle que soit l'action particulière de l'acide phénique il nous suffit de la reconnaître comme une action particulièrement heureuse et efficace, luttant victorieusement contre l'infection bacillaire elle-même, puis travaillant ensuite pour la réparation des tissus atteints.

Action qui ne se limite pas du reste strictement au point d'application et aux parois du puits osseux pratiqué par la mèche spéciale mais action qui s'étend à tous les tissus voisins agissant à distance sur l'épiphyse toute entière, détruisant les foyers osseux qui ne se trouvaient pas sur la voie de la mèche.

On comprend aisément la supériorité de cette action rayonnant autour de son point d'application et étendant son action bienfaisante à des points que la curette chirurgicale n'aurait jamais pu atteindre.

Vignard, dans son rapport au Congrès de 1925 disait : « Les modifications, les réactions inflammatoires et le travail cicatriciel qui suivent une intervention même incomplète s'étendent toujours aux parties avoisinantes. En ce qui concerne l'os, l'introduction, le séjour et la diffusion dans le tissu spongieux d'un corps fortement antiseptique et irritant exercent certainement une action à distance. »

C'est pour cette raison que le taraudage devra être dirigé en plein centre de l'épiphyse de façon à ce que

tous les foyers qui pourraient se trouver dans cette épiphyse soient influencés par l'acide phénique.

Une autre propriété très intéressante de l'acide phénique est d'être un sédatif remarquable de la douleur osseuse. Cette propriété est bien connue des dentistes qui l'ont utilisée avant les médecins.

Mencièrre, au cours de nombreuses recherches qu'il fit lorsqu'il créa la phénopuncture eut l'idée d'appliquer cette propriété analgésique de l'acide phénique au traitement des coxalgies douloureuses : une seule pointe de phénopuncture pénétrant à travers le col, le trochanter et la tête fémorale devait réussir à calmer les douleurs nocturnes des coxalgies hyperesthésiques. Plusieurs observations détaillées publiées au 27^e Congrès international de médecine à Londres en 1913 montrent qu'il a obtenu un plein succès.

Nous avons nous-même observé chez les malades que nous avons vus la sédation rapide des douleurs aussitôt après l'intervention.

C'est le plus souvent pour ses douleurs que le malade vient consulter, il sera toujours reconnaissant au chirurgien d'avoir su l'en débarrasser rapidement et définitivement.

CHAPITRE VI

Le traitement par la phénopuncture est-il dangereux ?

Nombreux sont ceux que les seuls mots « acide phénique pur » épouvantent.

Nous allons essayer de montrer que l'emploi de l'acide phénique, selon la technique décrite plus haut sous le nom de phénopuncture, ne présente absolument aucun danger.

Péchin, page 13 de sa thèse écrit : « L'acide phénique est un médicament très dangereux, c'est un toxique même à très petites doses qui a donné lieu à beaucoup d'accidents généraux et locaux. »

Nous lui répondrons que la phénopuncture n'est pas une injection mais une application osseuse et nous sommes parfaitement d'accord avec lui pour dire que la présence sous la peau et dans le muscle et la résorption par ces tissus d'une certaine quantité d'acide phénique produiraient presque à coup sûr des escharres et des phénomènes d'intoxication générale.

C'est pour cette raison que nous avons signalé comme un point délicat de la technique d'éviter soigneusement un contact de l'acide phénique avec les téguments.

Dulac dans sa thèse écrit ceci : « Certains chirurgiens parmi lesquels Heter, Konig se sont servis d'acide phénique, la plupart on fait usage de solutions au 1/20^e Von Barta comparant dans son étude sur la résection du genou les différents antiseptiques qu'il a employés donne la préférence à l'acide phénique. L'acide phénique a une action certaine sur le bacille tuberculeux mais pour qu'elle soit efficace il faut l'employer en solution forte. Malheureusement c'est un médicament dangereux à employer en injections, il est toxique même à petites doses et a donné lieu à beaucoup d'accidents généraux et locaux. »

Dulac nous parle ici d'une solution d'acide phénique au 1/20^e employée en injections. Nous sommes parfaitement d'accord avec lui pour dire que l'emploi de telles injections est dangereux, l'acide phénique se trouvant alors dans les meilleures conditions d'absorption.

En effet, c'est peut-être un paradoxe, mais c'est un fait largement démontré par l'expérience que l'acide phénique pur n'est pas ou peu absorbé et que ce sont les solutions faibles qui sont les plus dangereuses pour l'économie.

Comment expliquer cette curieuse propriété ? Faut-il avec Phelps admettre la formation d'un albuminate particulièrement bactéricide et non toxique ou avec Powel attribuer cette inocuité au lavage immédiat et abondant à l'alcool, antidote de l'acide phénique ?

Nous pensons que dans la phénolisation ou la phénopuncture l'acide phénique n'est pas dangereux

plutôt parce qu'il reste un temps très court en contact avec les tissus et qu'après l'intervention il ne reste pas au point d'application d'acide phénique à résorber.

De plus la cautérisation énergique qu'il produit sur les vaisseaux empêche sa dispersion dans l'économie.

Quoi qu'il en soit, les nombreuses opérations de phénolisations pratiquées par Powel, Phelps, Gaudier, Derocques, Kirmisson et Mencièrè n'ont jamais donné lieu à des cas d'intoxications graves.

Or la phénolisation emploie des doses d'acide phénique pur beaucoup plus fortes et qui agissent sur de bien plus grandes surfaces que la phénopuncture. Les dangers de la phénopuncture seront donc bien moindres encore que ceux de la phénolisation, c'est pour-quoi nous les considérons comme à peu près nuls.

Bien entendu il faudra toujours pratiquer soigneusement le lavage à l'alcool et n'appliquer le traitement qu'aux individus qui ont les reins sains.

Moyennant ces précautions élémentaires, les suites opératoires seront celles que nous avons encore observées il y a quelques semaines : Le soir de l'intervention : Température 37°8, urines normales, douleurs absolument disparues, aucun signe d'intoxication.

Sur la quarantaine de cas opérés par le Dr Perdu on ne note aucun accident local ou général imputable à l'acide phénique.

Un autre danger qui avait été signalé est celui d'une généralisation de l'infection bacillaire consécutive à l'intervention.

On avait accusé l'acide phénique employé précocement

ment de provoquer des accidents de méningite tuberculeuse. Mencièrre cite un seul cas de méningite déclarée 17 jours après une phénolisation chez un enfant de douze ans. Phelps après peut être des milliers de phénolisations nie toute complication méningitique pour ne l'avoir jamais rencontrée.

Nous n'avons jamais observé ni trouvé dans la littérature médicale aucun cas de phénopuncture précoce suivi d'accidents de généralisation de l'infection bacillaire.

CHAPITRE VII

Avantages de la phénopuncture. Résultats et discussion.

La méthode a surtout l'énorme avantage d'être à la fois active et fort peu mutilante et de respecter le cartilage de conjugaison.

Elle a donc comme principale caractéristique de permettre la croissance ultérieure du membre, et s'adresse par ce fait plus particulièrement aux enfants et aux adolescents.

Or il est maintenant admis que les formes d'ostéo-arthrites à début épiphysaire sont plus fréquentes chez l'adolescent que chez l'enfant ou chez l'adulte (Forgue).

Vignard au 34^e Congrès de 1925 disait : « C'est parce que je suis intervenu précocement dans des coxalgies ou des tuberculoses du genou, que j'ai pu dépister et seulement par l'inoculation, des lésions qui se sont révélées de nature bacillaire avant qu'elles aient réalisé les aspects cliniques de l'ostéite tuberculeuse. Ces considérations s'appliquent à plus forte raison à la tumeur blanche de l'adolescent dont le squelette se révèle atteint dans une proportion beaucoup plus élevée que celui de l'enfant. »

Il se trouve ainsi que ce sont surtout les adolescents

à qui s'adresse rationnellement la phénopuncture, parce qu'elle respecte l'accroissement ultérieur du membre, qui viennent à elle naturellement parce que leurs lésions de début sont celles qu'attaque avec succès la phénopuncture.

Il y aurait certes là un beau sujet de dissertation philosophique où nous touchons du doigt tout l'intérêt de la méthode.

Nous ajouterons que la phénopuncture précoce respecte et permet le jeu ultérieur de l'articulation.

Pourquoi dans ces conditions la phénopuncture est-elle si peu connue et ne s'est-elle pas généralisée ? Nous pensons que c'est surtout parce que la majorité des chirurgiens n'ose pas employer l'acide phénique pur. Il suffit cependant pour obtenir de bons résultats de se conformer à la technique créée par Mencière.

D'autres en présence de la symptomatologie atténuée uniquement d'origine épiphysaire que nous avons décrite préféreront attendre une évolution plus franche des lésions, essayer le traitement conservateur qui fera perdre un temps précieux.

Mlle Guyot dans sa thèse sur les ostéites tuberculeuses juxta-gonales, ostéites que nous considérons avant tout comme des ostéo-arthrites en puissance, conseille d'immobiliser d'abord le membre atteint et d'attendre le stade des fongosités, cavernes osseuses et séquestres pour curetter chirurgicalement.

Nous pensons alors que la curette fera trop ou trop peu, soit qu'elle détruise le cartilage de conjugaison ou

celui d'encroûtement, soit qu'elle n'atteigne pas certains foyers d'infection.

De plus ces faits sont l'avou implicite que la seule immobilisation plâtrée n'arrête pas toujours les progrès de l'infection tuberculeuse et à notre avis la temporisation, dans ces conditions, n'est pas l'intérêt du malade.

La crainte des dangers de généralisation bacillaire par intervention précoce sur un foyer tuberculeux non encore limité est la raison d'une prudence qui se traduit souvent par la perte de tous les avantages que donne un diagnostic précoce. Or cette crainte qui est déjà discutable lorsqu'on emploie la curette chirurgicale sur du tissu osseux disparaît complètement lorsqu'on fait appel à la phénopuncture. Les résultats prouvent que les dangers d'infection généralisée ne sont pas à considérer. Nous pensons que cela est dû à l'action même de l'acide phénique qui agit comme un cautère énergique sur les tissus et vaisseaux qu'il touche.

En outre l'intervention est d'une simplicité et d'une bénignité telles que les suites opératoires sont nulles. La petite plaie cutanée se referme en quelques jours, le malade peut quitter la clinique au bout d'une semaine et rentrer chez lui où il restera immobilisé pendant deux ou trois mois. Après cette période on soumet le genou atteint à une mobilisation graduée qui rend rapidement le malade à la vie active avec l'intégrité absolue des mouvements de l'articulation et guérison clinique complète.

Nous avons posé en principe au début de cette étude que la synoviale devait être saine au moment de l'application du traitement.

Nous ne l'avons fait que pour nous limiter et parce que nous voulons particulièrement étudier et insister sur l'intérêt du traitement précoce.

Nous renvoyons aux travaux de Mencièrre qui démontrent abondamment la valeur de la phénopuncture associée ou non à la phénolisation dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses confirmées.

Particulièrement la phénopuncture nous semble indiquée pour stériliser ces foyers osseux latents qu'on retrouve quelquefois chez les malades qui ont subi le traitement conservateur et paraissent guéris, ces foyers restant toujours une menace grave de récurrence.

Il nous paraît aussi qu'il serait intéressant d'expérimenter la phénopuncture comme traitement des ostéites tuberculeuses métaphysaires décrites par Bonnefous dans sa thèse. Elles ne diffèrent des lésions d'ostéite épiphysaires primitives que par leur localisation de l'autre côté du cartilage de conjugaison et menacent encore l'articulation.

Un traitement précoce et énergique aussi peu dangereux que la phénopuncture doit les influencer favorablement.

* * *

Les résultats obtenus depuis 1905 par le Dr Perdu sont les suivants :

Sur 39 phénopunctures un seul cas a donné un insuc-

cès franc dû à une erreur de diagnostic provoquée par la dissimulation d'une infection génitale chez une jeune fille. Un autre malade, garçon d'un milieu très peu favorable à la lutte contre l'infection bacillaire, a été conduit ensuite à Berck. Deux autres ont souffert un certain temps, puis ont fini par guérir.

Tous les autres ont guéri rapidement et leurs guérisons ont été suivies pendant un temps suffisant pour qu'on puisse les affirmer durables.

En résumé cela nous donne trente-cinq succès certains sur trente-neuf interventions.

Discutons maintenant ces résultats :

Les sceptiques vont nous objecter que l'immobilisation qui a suivi l'intervention a fait plus pour la guérison que la phénopuncture elle-même. Or au chapitre du diagnostic précoce nous avons dit que l'intervention n'était jamais pratiquée avant d'avoir soumis le malade à une ou plusieurs périodes de repos absolu au lit de 5 à 6 semaines, puis à des périodes d'activité et que ce n'était que la réapparition et l'aggravation des symptômes qui décidait de l'intervention.

Il est peu probable par conséquent que l'immobilisation qui suit l'intervention réussisse seule et parfaitement là où elle a déjà échoué une ou plusieurs fois.

On nous dira aussi : les difficultés du diagnostic au début vous font opérer des gens qui n'auraient jamais fait d'ostéo-arthrites. Nous ne pouvons pas mieux répondre à cet argument qui n'est pas sans valeur qu'en reproduisant les mots suivants prononcés par Perdu au 34^e Congrès de Chirurgie :

« Je ne dirai certes pas que trente malades ont été guéris par ce procédé qui auraient fait des ostéo-arthrites. Mais il est tout de même une conclusion à tirer. Je n'ai pas opéré trente sujets qui n'avaient rien.

Les malades quelle que soit l'autorité morale d'un médecin ne se livrent pas au bistouri sans des raisons sérieuses.

Ces malades ont été d'abord observés et ce n'est que la persistance des phénomènes qui les a décidés à ce sacrifice.

Or ils ont guéri à peu près tous. Si nous admettons même que pour un certain nombre d'entre eux le repos aurait suffi à amener cette guérison, et cela n'est pas prouvé, il faut bien admettre que pour tant d'autres les lésions se seraient réveillées ensuite et qu'elles auraient, dans plus d'un cas, abouti à constituer des ostéo-arthrites complètes.

Je puis donc considérer comme établi qu'une pointe de phénopuncture dans le foyer d'une ostéite épiphysaire rebelle guérit cette lésion et met le sujet à l'abri d'une complication grave dont on peut et doit craindre l'apparition. »

Les malades que nous avons vus et dont nous rapportons plus loin les observations se sont décidés d'eux-mêmes à l'intervention parce qu'ils étaient atteints d'une immobilité souffrante. Ils ont aujourd'hui recouvré l'usage complet de leur genou et ne souffrent plus. Faut-il dire qu'ils sont enthousiasmés du résultat ?

Peugniez qui a essayé la méthode dans quelques cas lui doit des succès et l'opinion de Vignard sur la phénopuncture est celle-ci :

« Cette méthode représente un pas important fait dans la voie de la stérilisation des lésions épiphysaires sans porter atteinte à leur struture générale tout en respectant les cartilages de conjugaison. »

Ainsi et plus particulièrement chez l'adolescent qui se trouve être le plus fréquemment atteint, chaque fois que nous aurons la chance de diagnostiquer un foyer d'ostéite tuberculeuse au stade indiqué, la méthode que nous avons l'honneur d'exposer ici mérite d'être prise en très sérieuse considération.

OBSERVATIONS

Les archives de la clinique du Docteur Perdu à Amiens ayant été détruites par la guerre il nous a été malheureusement impossible de reconstituer un nombre important d'observations.

Celles que nous présentons ici datent de l'après-guerre. Nous avons tout récemment revu ces malades et constaté leur parfaite guérison.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Jean., G..., 14 ans.

En septembre 1924 le sujet fait une chute de bicyclette sur le genou droit : Traumatisme de violence moyenne, petite plaie contuse qui se referme rapidement. Rentré en classe, il avait oublié cet incident lorsque vers la fin du mois de novembre, le malade commença à souffrir de son genou droit. Il entre alors à l'infirmerie de l'établissement où il était en pension et il s'y repose une dizaine de jours. A sa sortie il ne souffrait plus mais quelques jours après les douleurs réapparaissent et amenaient de nouveau le jeune malade à l'infir-

meric. Ces douleurs étaient alors continues et la flexion de la jambe était très difficile. Nouvelle sédation pendant l'immobilisation à l'infirmerie, nouvelle rechute au début de janvier 1925. Le malade s'aperçoit alors qu'il existe un point particulièrement sensible à la pression au niveau du condyle interne du fémur. Le médecin de l'établissement, suspectant une manifestation bacillaire, envoie son malade au docteur Perdu. Ce dernier, après une radio peu concluante ordonne un repos au lit de six semaines. Durant cette période le malade ne ressentait plus aucune douleur spontanée, mais le condyle interne restait toujours sensible à la pression. A l'expiration des six semaines le malade pouvait marcher et, sur le conseil du Dr Perdu, il rentre en pension. Au bout de quatre à cinq jours, réapparition des douleurs et gêne de la marche. Le 23 mars nouvel examen du Dr Perdu qui décide l'intervention. A ce moment il semblait exister une très légère réaction synoviale.

Le 26 mars, une pointe de phénopuncture au niveau du foyer d'ostéite épiphysaire. Aucun incident. Pas de suites locales ou générales. Après l'opération, disparition rapide et complète des douleurs.

Le 10 avril le membre est placé dans un appareil plâtré et le malade retourne chez lui à la campagne où il se trouve placé dans d'excellentes conditions de guérison. Le plâtre est enlevé le 1^{er} septembre, le malade commence immédiatement une mobilisation méthodique du genou et recouvre petit à petit la marche normale.

Actuellement, en décembre 1928, l'ex-malade reste

debout toute la journée, a retrouvé les fonctions complètes de son genou et a oublié ce mauvais souvenir.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Ines V..., 18 ans.

Fille de cultivateur, n'avait jamais été malade et a toujours vécu la rude vie des champs.

Au début de septembre 1927, elle se couche avec une congestion pulmonaire qui dure une quinzaine de jours.

Elle n'avait jamais jusqu'alors souffert de son genou, lorsque, dès les premiers jours de sa convalescence, la malade commence à ressentir une douleur du genou gauche bien localisée en un point situé sur le condyle externe du fémur.

La douleur augmente rapidement d'intensité ; la gêne de la marche apparaît et s'accroît, la malade ne pouvant réussir à se déplacer qu'au prix de souffrances assez vives et en traînant sa jambe gauche, le genou demi-fléchi, derrière elle.

Elle est obligée de se recoucher et le 20 septembre consulte la première fois son médecin pour son genou. Les douleurs se calmaient au lit lorsque le membre était immobilisé, mais étaient réveillées par la pression profonde au niveau du point osseux décrit plus haut. L'articulation reste par elle-même parfaitement saine et le genou atteint garde l'aspect de son symétrique. Aucune réaction synoviale cliniquement décelable.

Le médecin, après avoir éliminé diverses hypothèses, pense à la tuberculose.

Le Dr Perdu consulté décide d'observer la malade un certain temps en la laissant immobilisée au lit. Au bout de six semaines plusieurs tentatives de mobilisation ayant échoué, les douleurs et la gêne de la marche réapparaissant et s'accroissant dès que la malade mettait le pied à terre, l'intervention est décidée pour le 3 novembre. A ce moment les forces de la malade déclinaient rapidement, le poids qui était de 66 kgr. avant la maladie est tombé à 56 kgr.

Une radiographie faite à ce moment ne donne pas de renseignements appréciables.

Le 3 novembre le Dr Perdu pratique une ponction de phénopuncture au niveau du point épiphysaire douloureux sur le condyle externe du fémur gauche.

Le soir de l'intervention la température est à 38° ; dès ce moment les douleurs disparaissent définitivement. Pas de suites opératoires. Aucune réaction locale ni générale.

Quinze jours après l'intervention la malade quitte la clinique, le genou immobilisé dans un léger appareil plâtré, la cicatrisation de la plaie opératoire étant terminée sans suppuration.

La malade, rentrée chez elle à la campagne garde son appareil trois mois. Elle est déplâtrée le 16 février et commence immédiatement des mouvements progressifs de mobilisation.

Le 1^{er} mars, elle remarche comme auparavant et petit à petit reprend son dur travail des champs.

Nous avons revu l'ex-malade tout dernièrement et l'avons surprise vannant du grain dans sa grange. Elle dit se porter admirablement et présente du reste un aspect de santé florissante.

Les mouvements du genou sont complètement retrouvés. Toute douleur a disparu. Il persiste simplement une légère atrophie du quadriceps gauche, témoin de l'immobilisation qui a suivi l'intervention.

OBSERVATION III

(personnelle)

Georges B..., né le 12 mars 1909.

Père et mère bien portants. La mère a eu onze enfants. Trois sont morts d'affections inconnues, un autre de méningite tuberculeuse. Sept sont vivants et bien portants dont notre malade est l'aîné.

Sujet aux bronchites, il tousse toujours un peu l'hiver (obscurité respiratoire des deux sommets). Depuis l'âge de treize ans travaille comme emballleur, toujours debout et manutentionnant des colis lourds.

Depuis deux ans environ et sans qu'il puisse exactement fixer la date de début, le malade souffre de douleurs intermittentes du genou gauche. Douleurs à localisations variables soit sur la face antérieure du genou, soit au niveau des condyles, soit dans le creux poplité. Douleurs gênant la flexion et ressenties durant la marche, mais

aussi crises douloureuses particulièrement fortes le soir au repos après les fatigues de la journée.

Au bout d'un temps que le malade ne peut pas fixer il a remarqué un point douloureux à la pression et constant au niveau du condyle interne du fémur gauche. L'affection évoluait par crises : il y avait des périodes où toutes les douleurs disparaissaient ainsi que la gêne de la marche sans cause appréciable. Elles réapparaissaient cependant toujours au bout d'un certain temps et à la suite d'une fatigue un peu forte. La multiplicité et l'acuité croissantes de ces crises amènent pour la première fois le malade à son médecin vers fin juillet 1928.

Celui-ci après plusieurs examens et l'essai de plusieurs traitements qui n'amènent pas la sédation désirée, acquiert la conviction qu'il est en présence d'une manifestation tuberculeuse épiphysaire et envoie son malade au Dr Perdu en septembre. Le malade est alors mis en observation. Les symptômes ne s'amendent pas, bien au contraire, le sujet prend l'aspect général du malade atteint par les toxines bacillaires et maigrit rapidement.

Une radiographie est faite qui met en évidence au niveau du condyle fémoral interne une zone pâle, très nettement déminéralisée et correspondant au point douloureux osseux. De plus les contours du périoste sont flous.

L'intervention est alors décidée le 13 novembre. A ce moment, le malade présente un point douloureux osseux très net au niveau du condyle interne du fémur. Ce condyle donne lui-même à la palpation profonde l'impression

d'être légèrement empâté et comme un peu soufflé. Nous notons également une certaine augmentation de la température locale. Nous trouvons quelques ganglions inguinaux. La synoviale est parfaitement saine cliniquement.

L'intervention est pratiquée, au jour indiqué, par le Dr Perdu et nous. Aucun incident.

Le soir : température 37°8. Pas de suites opératoires d'aucune sorte. Trois jours après le malade quitte la clinique et rentre chez lui où il subit actuellement une immobilisation de trois mois au lit, sans appareil.

Revu 16 jours après l'intervention, la cicatrisation était obtenue, les douleurs complètement disparues.

Actuellement le malade semble en bonne voie de guérison.

OBSERVATION IV (résumée)

(Due au Dr Mencièrè.)

Marie D..., 22 ans.

Phénopuncture à ciel ouvert sans pénétrer dans l'articulation, janvier 1902.

Guérison avec mouvement. Le 2 mars 1905 le résultat du genou s'est maintenu.

OBSERVATION V

Cette observation resumée déjà publiée par le Dr Mencièrè expose un cas de guérison de tumeur blanche à un

stade avancé, elle sort donc du cadre de ce travail mais elle l'illustre de telle sorte que nous avons cru intéressant d'en reproduire les grandes lignes.

Malade âgée de 31 ans. Atteinte depuis sept années d'une tumeur blanche du genou droit. Wassermann positif. Un traitement spécifique négative le Wassermann mais laisse le genou dans le même état.

Opérée à Reims par Mencièrre le 29 juin 1927. Une pointe de phénopuncture au niveau de chaque condyle et des plateaux tibiaux. Résection très économique. Phénolisation large.

Un prélèvement est fait en pleine épiphyse au niveau des pointes de phénopuncture et un cobaye est inoculé. Inoculation positive.

Un mois et demi après l'opération la cicatrisation est terminée, l'état général et local parfaits.

J'ai eu l'impression, dit Mencièrre, d'avoir eu affaire à une épiphysite avec retentissement sur l'articulation. La radiographie indique une décalcification étendue montant jusqu'aux diaphyses fémorales et tibiales.

A noter que cette malade avait déjà subi sans succès les traitements par : l'héliothérapie, l'immobilisation, les rayons ultra-violets et la sympathectomie.

CONCLUSIONS

Les ostéo-arthrites tuberculeuses du genou débutent fréquemment, chez l'adolescent surtout, par des foyers d'ostéite épiphysaire fémorale ou tibiale.

Dans certains cas, qui ne sont pas exceptionnels, ces foyers pourront être dépistés et diagnostiqués précocement avant toute atteinte de la synoviale.

Le diagnostic de ces lésions épiphysaires primitives est à ce stade assez délicat.

La radiographie n'apporte que rarement des renseignements précis. Pour éclairer le diagnostic il nous semble indispensable de soumettre le malade à une série d'examens complets et de ne se décider à l'intervention qu'après une période d'observation d'au moins six semaines.

Un traitement rationnel et sûr de ces lésions d'ostéite primitive est la phénopuncture qui les guérit, dans la plupart des cas, rapidement et définitivement.

La phénopuncture consiste à aller porter au centre de l'épiphyse atteinte une petite quantité d'une solution d'acide à 9/10^e qu'on laisse en contact une minute et qu'on chasse ensuite par un abondant lavage à l'alcool, antidote de l'acide phénique.

La méthode ne présente aucun danger d'accident lo-

cal ou général quand on emploie la technique créée par Mencière.

Elle a l'avantage d'être un traitement particulièrement actif et très peu mutilant qui respecte les cartilages de conjugaison et les fonctions du membre.

En stérilisant les foyers épiphysaires, la phénopuncture évite l'ensemencement de la synoviale et la formation d'une ostéo-arthrite confirmée.

Elle immobilise les malades pendant le minimum de temps et les rend à la vie active avec une articulation qui a gardé tous ses mouvements.

La phénopuncture s'adresse particulièrement aux adolescents parce que ce sont eux qui présentent le plus fréquemment les lésions épiphysaires primitives qu'elle attaque avec succès et parce qu'elle permet la croissance ultérieure du membre.

Les résultats obtenus, depuis 1905, par le Dr Perdu en sa clinique d'Amiens qui donnent trente-cinq cas de guérison certaine sur trente-neuf interventions sont la raison d'être de ce travail et méritent d'être pris en très sérieuse considération toutes les fois qu'on aura la chance de diagnostiquer ces lésions d'ostéite tuberculeuse épiphysaire au stade indiqué.

Vu : le Président de la thèse,
OMBRÉDANNE.

Vu : pour le Doyen,
L'assesseur
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bidon (A.)*. — Du traitement actuel de la tumeur blanche du genou chez l'adolescent et chez l'adulte (revue critique). Thèse de Lyon, 1911-1912.
- Bonnefous (R.)*. — Des ostéites métaphysaires chez l'enfant. Thèse de Toulouse, 1925.
- Chauveau (Mlle)*. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses juxta-coxales. Thèse de Paris, 1922.
- Derocques*. — Du traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par la méthode de Phelps (Journal de médecine de Paris, 1903, XV, p. 175).
- Dulac (A.)*. — Du traitement des tumeurs blanches du genou par les injections antiseptiques intra-articulaires. Thèse de Paris, 1898.
- Forgue (E.)*. — Précis de pathologie externe.
- Gaudier*. — Pédiatrie pratique.
- Guyot (Mlle)*. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses juxta-gonales tibiales et fémorales. Thèse de Paris, 1923.
- Kirmisson*. — Traité des difformités acquises.
- Mencière (L.)*. — Phénolisation et phénopuncture des tuberculoses osseuses et articulaires, XX^e Congrès de Chirurgie, Paris 1907. Procès-verbaux.
- Technique et résultats de la phénolisation et de la phénopuncture dans les tuberculoses osseuses et

articulaires. Congrès de Clermont-Ferrand, 1908.
Compte rendu de l'association française pour l'avancement des sciences.

— La phénopuncture sous-cutanée dans la coxalgie douloureuse. XVII^e Congrès international de médecine, Londres, 1913. Archives provinciales de chirurgie, novembre 1913.

— Valeur négative de la sympathectomie dans la tuberculose ostéo-articulaire. Extrait des comptes-rendus du XXXVI^e Congrès de chirurgie. Paris, 1927.

Phelps. — Rapport lu devant le XIII^e Congrès international de Paris 1900 (New-York Medical journal, 1^{er} septembre 1900).

Pechin (M.). — Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intra-articulaires. Thèse de Paris, 1897.

Pizon (O.). — Le traitement conservateur et la résection dans la tumeur blanche du genou chez l'adulte (étude critique). Thèse de Paris, 1914.

Procès-verbaux, mémoires et discussions du XXXIV^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1925, sur la question : « Traitement des tumeurs blanches du genou à partir de l'âge adulte. »

Rapports de MM. Fredet et Vignard. Discussions de MM. Froelich, Mencièrre, Perdu, Peugniez, etc.

